



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

En studie om anknytningsstil hos par som kommer till familjerådgivningen

Sara Göransson & Mia Nilsson

Psykoterapeutexamensuppsats. 2018

Handledare: Martin Bergström
Examinator: Håkan Johansson

Sammanfattning

I denna kvantitativa tvärsnittsstudie undersöktes om det fanns några skillnader av tendenser i anknytningsstil mellan par på familjerådgivning och en icke-klinisk grupp. Det undersöktes även om det fanns några skillnader av tendenser i anknytningsstil mellan olika familjerådgivningsmottagningar. 60 par från två familjerådgivningsmottagningar deltog i studien. Ytterligare en liknande grupp från en tidigare studie användes. Vid sitt första besök på familjerådgivningen fyllde paren i vars ett självskattningsformulär, Attachment Style Questionnaire, som mäter anknytningsstil. Paren fyllde också i vars en blankett med sociodemografiska uppgifter som hade utformats av författarna till studien. De sociodemografiska uppgifterna visade att paren befanns sig i olika livscykel-faser och att många barn var berörda. Resultatet visade att det fanns större tendens av otrygg anknytningsstil, speciellt undvikande anknytningsstil, i de kliniska grupperna. Det framkom även att de kliniska grupperna var mer lika än olika varandra vad gäller anknytningsstil. En slutsats var att paren som kom till familjerådgivning var en grupp som, ur ett anknytningsperspektiv, verkligen var i behov av denna insats. Detta indikerade att det krävs kunskap om anknytningsbaserade behandlingar i familjerådgivning. En annan slutsats var att familjerådgivare behöver kunskap om familjers fungerande i alla livscykelns faser.

Nyckelord: anknytningsteori, anknytningsstil, familjerådgivning, parterapi

Abstract

This quantitative cross-sectional study examined if there were any differences in attachment styles tendencies between couples from family counseling and a non-clinical group. It also examined if there were any differences regarding attachment styles tendencies between family counseling receptions. 60 couples from two family counseling receptions participated in the study. A similar group from a former study were also used. During the couple's first visit they completed the self-report measure Attachment Style Questionnaire, concerning their attachment style. They also completed a form with sociodemographic data designed by the authors of the study. The sociodemographic data showed a variety of life-cycle phases among the couples and many affected children. The result suggested that there were more tendencies of insecure attachment style, especially avoidant attachment style, in the clinical groups. It also suggested that the clinical groups were more alike than different from each other, regarding attachment styles. One of the conclusions were that family counseling, from an attachment perspective, addressed couples in need of counseling. This indicates that it requires knowledge of attachment-based treatments in family counseling. Another conclusion was that family counselors need knowledge about family's function in all stages in the life-cycle.

Keywords: attachment theory, attachment styles, family counseling, couple therapy

Tack!

Vi vill tacka alla par som deltagit i studien och därmed gjort den möjlig. Vi vill även tacka vår handledare Martin Bergström för alla kloka synpunkter och en aldrig sinande entusiasm. Våra kollegor har varit till stor hjälp med att samla in enkäter och vår chef har gett oss bra stöd under arbetet med studien. Sist men inte minst vill vi tacka våra familjer för deras tålamod, stöd och uppmuntran under arbetets gång.

Sara & Mia

Maj, 2018

Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Inledning.....	1
Familjerådgivning	2
Teori och tidigare forskning	3
Anknytningsteori.....	4
Varför vi knyter an och vilka vi knyter an till.....	4
Så fungerar anknytning i parrelationen.	4
De fyra anknytningsstilarna.	5
Trygg anknytning.	6
Undvikande anknytning.	6
Ängslig anknytning.	6
Desorganiserad anknytning.....	7
Anknytning och familjerådgivning.....	7
Syfte och frågeställningar.....	8
Metod	9
Studiens genomförande	9
Instrument.....	10
Sociodemografiska frågor.	10
Attachment Style Questionnaire.....	10
Deltagare och grupper inom studien	11
Referensgrupper utanför studien	12
Dataanalys	12
Etik	13
Resultat.....	14
Jämförelser mellan deltagare i undersökningsgruppen	14

Jämförelser mellan mottagningarna i studien.....	14
Jämförelse mellan undersökningsgruppen och en icke-klinisk grupp	16
Jämförelse mellan undersökningsgruppen och en klinisk grupp	16
Jämförelse mellan mottagningarna i delskalan distans	18
Tendenser till trygg- och otrygg anknytningsstil på individnivå	18
Tendenser till trygg- och otrygg anknytningsstil på parnivå.....	19
Diskussion	20
Tendenser av anknytningsstil	20
Skillnader i anknytningsstil i de kliniska grupperna	21
Andra perspektiv än anknytningsteori.....	22
Framtida forskning	23
Metoddiskussion.....	23
Slutsats	24
Referenser.....	26
Bilagor.....	29

Introduktion

Inledning

Familjen betraktas i många kulturer som basen för den samhälleliga organisationen. Vad som definierar en familj är dock inte något statiskt. Familjen är mer att se som en social konstruktion i ständig förändring eftersom historiska, sociala och ekonomiska förhållanden förändras. Ett exempel på detta är de förändringar som sker i samlevnadsformer. Allt fler familjer är bonusfamiljer, det blir allt vanligare med flerkulturella familjer och det är inte längre ovanligt att en förälder är såväl ogift som ensamstående (Schjodt & Egeland, 1994).

En teori som förklarar familjers utveckling över tid är livscykelteorin (Schjodt & Egeland, 1994). Livscykelteorin utgår från att alla familjer genomgår liknande stadier i sin utveckling. Vid övergången mellan två stadier utsätts familjer för olika utmaningar och förändringar som de behöver klara av att hantera och anpassa sig till. Det finns olika beskrivningar av utvecklingsstegen i familjers livscykler, men de mest vedertagna teorierna är i stora drag samstämmiga. Teorierna har likande utvecklingssteg och utgår från den historiska period som råder nu samt från den västerländska kulturen (Barnhill & Longo, 1978; McGoldrick, Carter och Garcia-Preto, 2014).

En familj som hanterar de olika livscykelfaserna och dess övergångar på ett tillräckligt funktionellt sätt kan beskrivas ur tre olika perspektiv (Kirschner & Kirschner, 1986). Det första perspektivet är parrelationen. När en parrelation fungerar optimalt bygger den på ömsesidigt förtroende och respekt där paret upplever känslomässig trygghet. Det andra perspektivet är föräldrarelationen som behöver innefatta en samsyn vad gäller principerna för omvårdnad och uppfostran av barn, samt förmågan att klara av att möta barns förändrade behov. Det tredje perspektivet innebär att det i en fungerande familj behöver finnas överenskommelser som möjliggör för familjemedlemmarna att inte bara fungera väl med varandra utan också att självständigt verka på olika arenor utanför familjen (Kirschner & Kirschner, 1986).

De enskilda familjemedlemmarnas förutsättningar och erfarenheter, tillsammans med yttre risk- och skyddsfaktorer, påverkar hur familjen upplever och hanterar de olika påfrestningar den möter under sin livscykel. En del påfrestningar klarar familjen själv att hantera och andra behöver de hjälp utanför familjen för att lösa.

Familjer i behov av hjälp från samhället kan delas in i tre kategorier (Schjodt & Egeland, 1994). Den första kategorin innefattar familjer som har svårigheter med att hitta ett nytt anpassat sätt att fungera till de förändringar som sker i skiftet mellan livscyklerna. Dessa

familjer har inte haft några långvariga bekymmer och behöver vanligen mer ringa stödinsatser av samhället för att komma vidare i sin utveckling. I den andra kategorin finns familjer som har en struktur och ett fungerande som inte är samstämmigt med den livscykel fas de befinner sig i. Dessa familjer kan behöva något mer omfattande insatser från samhället för att hitta ett mer funktionellt fungerande. Familjer i den tredje kategorin har bekymmer som pågått under lång tid, ofta över flera livsfaser, vilket påverkat såväl interaktionsmönster som enskilda familjemedlemmar. Detta kräver ofta mer långvariga och omfattande insatser från samhället (Schjodt & Egeland, 1994).

Det som avgör vilken insats från samhället som är aktuell för att hjälpa en familj beror på hur problemet definieras samt omfattningen på problemet. Anser familjen att barnet har problem söker de hjälp från de verksamheter som riktar sig till barn. Såväl kommun som region har sådana verksamheter anpassade efter problemets dignitet. Inom regionen finns exempelvis Första linjen för lättare psykisk ohälsa. Vid svårare problematik finns Barn och ungdomspsykiatri (BUP), samt slutenvård för livshotande tillstånd. Anser familjen att de behöver hjälp med familj- och föräldraskapsfrågor finns den kommunala socialtjänstens öppenvård. Vid större brister i föräldraskapet finns socialtjänstens myndighetsutövning. Anser familjen att det är parrelationen som är grunden till familjens svårigheter är det den kommunala familjerådgivningen de hänvisas till, oavsett graden av svårigheter.

Även om samhällets hjälpinsatser utgår ifrån att en eller ett par i familjen har problem så påverkas hela familjen av det som är dysfunktionellt. Detta perspektiv är systemiskt och kan appliceras på alla hjälpinsatser för familjer, oavsett problematikens svårighetsgrad. När det gäller exempelvis konflikter i parrelationen påverkas barns psykiska hälsa negativt en stor del av tiden föräldrarna har en konflikt, oavsett om konflikten är tyst eller öppen (Lee, Ng, Cheung, & Yung, 2010). Att verka för minskade konflikter och ökad känslomässig närhet mellan paret innebär på så vis ökad livskvalité för såväl paret som för deras barn. Familjerådgivning är således ur detta perspektiv en verksamhet som indirekt möter och berör avsevärt fler kommuninvånare än bara paret.

Familjerådgivning

Familjerådgivning är en lagstadgad och självständig del inom socialtjänsten. Verksamheten riktar sig till alla kommuninvånare och syftar till att bearbeta samlevnadskonflikter i parförhållanden och i familjer. Det är en förebyggande insats utan myndighetsutövning (SFS, 2001:453; Prop, 1993/94:4) och familjerådgivarna arbetar med

eget behandlingsansvar (Policydokument om kommunal familjerådgivning, 2017). Familjerådgivning bedrivs genom samtalsbehandling. I Socialstyrelsens redovisning för familjerådgivningens statistik år 2016 framgick att 95 procent av arbetet på familjerådgivningen handlade om parrelationer. Det fanns tre kategorier av samtal som dominerade. Av dessa bestod 47 procent av reparationsarbete, 25 procent av klargörande samtal och 14 procent rörde separationsarbete (Socialstyrelsen, 2017).

Familjerådgivning bygger på frivillighet och det är paren som själva initierar kontakt. Det finns få svenska studier om vilka par som söker sig till familjerådgivning och vilket resultat verksamheten har. Lundblad (2005) genomförde en studie från sex familjerådgivningar, omfattande 312 par, över två års tid. Det framkom i denna studie att de par som sökte sig till familjerådgivning hade omfattande och långvariga problem inom flera områden. De hade exempelvis låg äktenskaplig tillfredsställelse, omfattande psykiatriska symtom, familjeklimat som karaktäriserades av lite närhet mellan parterna samt en interaktion med mycket öppen kritik. Kvinnorna skattade allvarligare problem än männen och paren hade en jämförbar eller allvarligare problematik än kliniska jämförelsegrupper. Effekten av familjerådgivning visade signifikant positiva resultat för hela gruppen inom samtliga områden, oberoende av kön. Effekten kvarstod vid uppföljningen efter två år. Det var ingen skillnad mellan behandlingsresultat avseende mottagningar och familjerådgivare.

Således är en stor del av familjerådgivningens arbete samtalsbehandling som syftar till att förbättra parrelationen. Samtidigt ger inte de lagar och föreskrifter som styr verksamheten någon vägledning till vilken behandling som ska erbjudas. Lundblads studie (2005) visar att familjerådgivning har bra resultat, men det finns inte någon vedertagen utvecklad metod för hur parbehandling ska bedrivas. Det innebär att samtalen utgår från den enskilde familjerådgivarens teorier och metoder (Lundblad, 2005). Därmed finns det flera olika teorier som används i arbetet på familjerådgivningen.

Teori och tidigare forskning

En teori består av antaganden som förklarar företeelser och systematiserar den kunskap som finns om dessa företeelser. Alla familjerådgivare behöver en teori om vad som är hälsosamt fungerande i en relation. Teorin behöver även förklara hur problem i en relation uppstår och hur dessa problem är möjliga att förändra genom familjerådgivning. En användbar teori säkerställer att interventionerna som familjerådgivaren väljer är rätt och att dessa riktar sig mot kärnan av svårigheterna. Den möjliggör relevanta mål med behandlingen i

stort och delmål på vägen (Johnson, 2004). För att en teori inte bara ska vara en åskådning behöver den kompletteras med såväl empiri som med forskning. Det gör det angeläget att använda teoretiska modeller som är beforskade och prövade i klinisk verksamhet. I dagsläget är anknytningsteorin en av de teorier som förespråkas i arbetet med par, såväl i Sverige som internationellt, och som intresserar forskare över hela världen. Anknytningsteorin är enligt Broberg, Risholm Mothander, Granqvist och Ivarsson (2008) väl förankrad genom flera decenniers forskning och en vanlig teoribildning i kliniska sammanhang.

Anknytningsteori. Anknytningsteorin är en psykologisk teori som förklarar människans behov av nära relationer och fungerande i dessa. Den förklarar även hur detta behov visar sig genom hela livscykeln (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Bowlby formulerade efter andra världskriget anknytningsteorins grunder med utgångspunkt i barnets relation till sin omvårdare. Bowlby var dock övertygad om att vårt anknytningsbehov kvarstod hela livet och att bland annat parrelationen var att se som en anknytningsrelation (Bowlby, 1977). Anknytningsteorin har utvecklats och allt mer applicerats på vuxna relationer av exempelvis Hazan & Shaver (1987), Mikulincer & Shaver (2007) och av par- och familjeterapeuter som Johnson & Whiffen (2003). Anknytningsteorin har också visat sig vara valid oavsett kulturell bakgrund (Van Ijzendoorn & Sagi, 1999).

Varför vi knyter an och vilka vi knyter an till. Behovet av anknytningsrelationer är medfött och lika grundläggande som behovet av mat och sömn. Idag finns kunskap om att kärleken är en överlevnadsmekanism som får människor att sträva efter anknytningsrelationer i vuxen ålder. Dessa relationer ska sedan fungera som ett känslomässigt skydd mot utmaningar i livet (Johnson, 2012). Det är detta som skiljer anknytningsrelationer från andra känslomässigt nära relationer (Broberg et al., 2006).

Så fungerar anknytning i parrelationen. Våra anknytningsrelationer genom livet påverkas av de inre arbetsmodeller som utvecklats under barndomen. Inre arbetsmodeller bygger bland annat på de första erfarenheterna av huruvida det har funnits stöd och skydd när det har behövts. Utifrån dessa erfarenheter bildas förväntningar, såväl på sig själv som på andra. De inre arbetsmodellerna formas, utvecklas och förändras dock genom emotionell kommunikation genom hela livet (Johnson, 2002; Johnson, 2004; Broberg et al., 2006).

Det finns forskning som tyder på att det tar ungefär två år att utveckla en parrelation till en anknytningsrelation (Hazan & Zeifman, 1999). Parrelationen är symmetrisk vilket betyder att båda parter ger och får trygghet. Den partner vars anknytningsystem aktiveras förväntar sig att den andra partnern är beredd att svara på anknytningssignalerna genom att vara känslomässigt tillgänglig och klara av att ge känslomässigt gensvar. Detta känslomässiga samspel utgör grunden i anknytningsrelationen. Anknytningsrelationen hjälper på så vis till att reglera känslor, minska på rädsla och stress samt göra svåra situationer hanterbara (Broberg et al., 2006). Den centrala frågan som förmedlas via anknytningssignalerna är "finns du där för mig när jag behöver dig?" (Johnson, 2004). Om partnern inte uppfattas svara på anknytningssignalerna följer reaktioner som kan vara så kraftfulla att de kan ses som ett känslomässigt trauma. Reaktionerna kan bestå av ilsken protest i form av exempelvis anklagelser eller avståndstagande. Reaktionerna kan också bestå av klängighet som kan visa sig genom svartsjuka och oro. De kan även visas i sorg och förtvivlan (Johnson, 2004). Reaktionerna delas upp i fyra olika anknytningsstilar.

De fyra anknytningsstilarna. Det finns tre organiserade anknytningsstilar. Trygg anknytningsstil, otrygg undvikande anknytningsstil samt otrygg ängslig anknytningsstil. Det finns utöver de tre organiserade anknytningsstilarna även en desorganiserad anknytningsstil. (Johnson, 2002; Johnson, 2004; Broberg et al., 2006). Anknytningsstilarna fördelar sig i den vuxna populationen på ungefär samma sätt som de är fördelade hos barn. Internationell forskning visar att 60 -70% av familjerna i västerländska kulturer är tryggt anknutna, 15-30% av familjerna har undvikande anknytning och 10-20% har ängslig anknytning. Mindre än 5 % av familjerna har desorganiserad anknytning (Broberg, 1996).

I forskning har det visat sig finnas vissa könsskillnader vad gäller ängslig- och undvikande anknytningsstil. Det har framkommit en tendens av att fler kvinnor har ängslig anknytningsstil och att män har viss överrepresentation av undvikande anknytningsstil (Bartholomew & Horowitz, 1991). Det finns forskning som stödjer resultatet av att fler män har undvikande anknytningsstil i västerländska populationer, men som också visar att det i andra kulturer är marginella skillnader eller till och med en överrepresentation av kvinnor med undvikande anknytningsstil (Schmitt, 2003). Hazan & Shaver (1987) såg i en studie att de olika anknytningsstilarna påverkade hur vuxna upplevde tillit och intimitet i en kärleksrelation.

Trygg anknytning. Personer med trygg anknytningsstil tenderar att ha tidiga goda erfarenheter av att få gensvar på sina anknytningssignaler. Detta påverkar förväntningar på att partnern är pålitlig, samt förmågan att uppmärksamma när partnern är tillgänglig. Det blir ett positivt samspelsmönster som innebär en utökad förmåga att klara av de tillfällen då partnern inte är tillgänglig för anknytningssignalerna. Dessa tillfällen blir på så vis inte ett ohanterbart känslomässigt trauma, utan en tillfällig och snabbt reparerbar skada på anknytningsrelationen (Mikulincer & Shaver, 2007). Studier har visat att de som har en trygg anknytningsstil tenderar att ha en god balans mellan en tillitsfull och nära relation till sin partner och samtidigt en väl bevarad självständighet (Hazan & Shaver, 1987).

Undvikande anknytning. Hos de som har en undvikande anknytningsstil finns ofta erfarenheter av att anknytningspersonen inte varit tillgänglig. Det har heller inte varit värt att försöka få tillgång till anknytningspersonen då det inneburit risk för avvisande eller straff. För att hantera den otrygghet som uppstår i relationen så deaktiveras anknytningsbehoven genom ett distanserande. Detta beteende innebär risk för att missa de tillfällen då partnern är lyhörd och tillgänglig. Deaktiverande strategier innebär att uppfattningen om sig själv och sin egen förmåga behöver vara hög för att känna sig mindre sårbar och mer självständig. De deaktiverande strategierna påverkar också uppfattningen av partners behov då dessa tenderar att bagatelliseras eller misstros (Mikulincer & Shaver, 2007).

Undvikande anknytningsstil syftar med andra ord till att kyla ner anknytningssystemet genom att minimera anknytningsbehoven för att klara av att ta hand om sig själv. Detta kan visa sig genom fokus på att lösa uppgifter för att begränsa eller undvika stressande försök att engagera sig känslomässigt i partnern. Undvikande och tystnad som respons till partners kontaktförsök kan därigenom ses som ett försök att reglera rädslor av att bli avvisad och av att inte räcka till (Johnson, 2004). Studier har visat att de som har en undvikande anknytningsstil är mer pragmatiska i sitt förhållningssätt och har svårare att både känna och visa tillit i relationen (Hazan & Shaver, 1987).

Ängslig anknytning. Ängslig anknytningsstil domineras hos de som har tidigare erfarenheter av att inte klara av att reglera smärtsamma känslor på egen hand och samtidigt inte kunnat lita på att anknytningspersonen funnits där redo att hjälpa till. Därmed utvecklas inre arbetsmodeller av att ensamhet är farligt samtidigt som det är osäkert om hjälp finns att tillgå. För personer med denna anknytningsstil upplevs distans från anknytningspersonen som

hotfullt. De utvecklar ett ängsligt, klängigt anknytningsbeteende med överdriven fokusering på relationen som om anknytningssignalerna konstant är påkopplade. Dessa hyperaktiverande strategier påverkar självuppfattningen som hjälplös, vilket dessutom ökar sårbarheten för vad som händer vid ett avvisande. På så vis förstärks också uppfattningen om andra som opålitliga. De tillfällen då partnern faktiskt är lyhörd och tillgänglig riskeras att missas och ett negativt relationsmönster kan utvecklas (Mikulincer & Shaver, 2007). Anknytningsbeteende genom kritik, anklagelser och känslomässigt laddade krav i relationen, är ofta ett försök för den med ängslig anknytningsstil att förändra den andra partners otillgänglighet. Det är även en protest mot den känslomässiga isolering som upplevs (Johnson, 2004).

Studier visar att de med ängslig anknytningsstil tenderar att ha en påtaglig oro för att bli övergivna i relationen och ett svartsjukt förhållningssätt. De tenderar även att lätt bli förälskade och känslorna i relationen pendlar kraftigt (Hazan & Shaver, 1987).

Desorganiserad anknytning. Den oorganiserade anknytningsstilen kombinerar sökandet efter närhet med ett skrämt undvikande beteende när närhet erbjuds. Denna anknytningsstil är ofta associerad med traumatiska upplevelser och kallas desorganiserad anknytningsstil (Johnson, 2006). Personer med denna anknytningsstil drar sig undan från sin partner samtidigt som en önskan om närhet finns. Det innebär att det inte finns någon organiserad lösning på att hantera smärtsamma känslor. Både deaktiverande och hyperaktiverande strategier används (Mikulincer & Shaver, 2007).

Anknytning och familjerådgivning. Eftersom forskning har visat att effekten av familjerådgivningens arbete inte verkar skilja sig oavsett behandlingsmetod (Lundblad, 2005), är det av intresse att se på andra faktorer som kan ha betydelse. Internationella effektstudier har visat att den terapeutiska alliansen är en prediktor för behandlingsresultat i parbehandling inom olika behandlingsinriktningar och modeller (Knobloch-Fedders, Pinsof & Mann, 2007). Flera studier har visat att den terapeutiska alliansen har en positiv effekt på behandlingsresultatet i parterapi (Johnson & Talitman, 1997; Knobloch-Fedders, Pinson & Mann, 2007). En mindre svensk deskriptiv studie har undersökt sambandet mellan familjerådgivares upplevelse av alliansskapande och parens anknytningsstil (Berger & Elliot, 2012). Studien visade att familjerådgivare upplevde det svårare att skapa allians med de par där det förekom otrygga anknytningsstilar. Svårigheten upplevdes större med par som hade

olika anknytningsstil. Det upplevdes ännu svårare att skapa allians om kvinnan i paret hade otrygg anknytningsstil än om mannen hade det.

När det gäller olika kombinationer av anknytningsstilar i en parrelation visade en internationell studie att personer med trygg anknytningsstil ofta sökte andra tryggt anknutna. Det fanns även hög förekomst av par med kombinationen ängslig- och undvikande anknytningsstil (Banse, 2004). I en annan studie undersöktes sambandet mellan anknytningsstilar och ett dysfunktionellt relationsmönster som bestod av en partner som sökte kontakt och en partner som drog sig undan. Resultatet visade att detta mönster var vanligare hos par där den ena eller båda hade otrygg anknytningsstil. Studien visade även att detta relationsmönster förekom ungefär lika ofta mellan mixade par (den ene hade en otrygg anknytningsstil) och otrygga par (båda hade otrygg anknytningsstil). Resultatet betyder att om den ena partnern hade en otrygg anknytningsstil påverkade detta partnern med trygg anknytningsstil, vilket ökade risken för paret att utveckla ett dysfunktionellt relationsmönster (Millwood & Waltz, 2008).

Parens anknytningsstilar tenderar således ha betydelse både för det relationsmönster som familjerådgivare ska kunna hjälpa dem att förändra och för vilka förutsättningar familjerådgivare har att skapa allians. Alliansen i sin tur har betydelse för behandlingsresultatet. Det väckte frågan om vilken kunskap som finns om anknytningsstil hos par som kommer till familjerådgivningen. Det har endast gjorts en mindre svensk tvärsnittsstudie som undersökt anknytningsstilen hos par som kommer till kommunal familjerådgivning (Wittkull, 2010). Studiens slutsats var att en högre andel besökare på familjerådgivningen hade en otrygg anknytningsstil i jämförelse med en icke klinisk jämförelsegrupp. Studien (Wittkull, 2010) väckte frågan om vilka anknytningsstilar par som kommer till familjerådgivning har och hur detta påverkar parens behov av stöd och hjälp. Den väckte även frågan om vilken kunskap familjerådgivare behöver ha för att tillgodose dessa behov. Frågorna framstår som särskilt angelägna då antalet personer som söker sig till familjerådgivning stadigt ökat de senaste tio åren (Socialstyrelsen, 2017). Den ökade efterfrågan innebär bland annat högre krav på effektiva behandlingsmetoder för att möta efterfrågan.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studien är att undersöka tendenser av anknytningsstil hos par som kommer till kommunal familjerådgivning. Studien vill besvara två frågeställningar.

1. Finns det skillnader i tendenser av anknytningsstil hos par som kommer till familjerådgivning och en icke klinisk grupp?
2. Finns det skillnader i tendenser av anknytningsstil hos par som kommer till olika familjerådgivningsmottagningar?

Metod

Studiens genomförande

Studiens design var en kvantitativ tvärsnittsstudie som mätte anknytningsstil hos par på en familjerådgivning. Studien omfattade två mottagningar med ett upptagningsområde på fem kommuner i Skåne. Paret initierade kontakt genom att själva ringa mottagningarna på avsatta telefontider som bemannades av familjerådgivare. Enligt den rutin som råder på mottagningarna tillfrågades alla par som ringde om det förekom våld i parrelationen eller pågående missbruk. Förekom detta hänvisades paren till andra verksamheter för att initialt få hjälp med denna problematik innan de kunde påbörja familjerådgivning.

Implementeringen av studien påbörjades under våren 2017 med att samtycke angående studiens genomförande inhämtades från enhetschefen på familjerådgivningen. Projektplan upprättades i samråd med handledare och kursansvarig, samtidigt som familjerådgivarna som arbetade på de berörda mottagningarna informerades om studien.

Under perioden 2017-05-15 till 2017-08-15 genomfördes datainsamlingen. Deltagarna i studien rekryterades genom att de par som ingick i inklusionskriterierna och som var på sitt första besök på familjerådgivningen tillfrågades om att delta. Inklusionskriterierna var att båda i paret valde att delta samt att de inte var i sådan kris att deltagande i studien inte var lämpligt. De skulle även behärska svenska språket i sådan omfattning att självskattningsinstrumentet var möjligt att fylla i på egen hand. Paret fick muntlig och skriftlig information om studien samt möjlighet att ställa frågor. De fick även information om att deltagandet var frivilligt med möjlighet att tacka nej, utan att det påverkade behandlingskontakten.

Deltagarna fyllde i ett formulär i mottagningens väntrum innan det första samtalet påbörjades. Formuläret innehöll, förutom information om studien och kontaktuppgifter till studiens författare (bilaga 1), en sida för samtycke och sociodemografiska frågor (bilaga 2) samt självskattningsinstrument (bilaga 3). Det ifyllda formuläret lämnades i ett igenklistrat kuvert till den familjerådgivare som tog emot paret och som sedan förmedlade materialet vidare för bearbetning. På det igenklistrade kuvertet noterades en bokstav för mottagningen

paret varit på och kuverten häftades ihop parvis. Uppgifterna som samlades in behandlades konfidentiellt och under sekretesskydd. Bearbetning av uppgifterna gjordes avidentifierat. Genom mätperiodens längd och upptagningsområdets storlek, undveks att undersökningsgruppen blev identifierbar.

Instrument

Sociodemografiska frågor. Detta instrument upprättades av studiens författare. Instrumentet innehöll frågor om kön, ålder, civilstånd, antal barn och barnens ålder samt parrelationens längd. I instrumentet inhämtades även deltagarens skriftliga samtycke till att delta i studien.

Attachment Style Questionnaire. Självskattningsinstrumentet Attachment Style Questionnaire (ASQ) mäter anknytningsstil hos ungdomar och vuxna utifrån en flerdimensionell anknytningsprofil bestående av fem olika delskalor. ASQ består av 40 frågor som ska gå snabbt att besvara. Självskattningen sker utifrån en sexgradig skala från 1, som står för "fullständigt oense", till 6, som står för "instämmer helt". Instrumentet är utformat för att undvika att olika anknytningsstilar utesluter varandra. Anknytningsstil analyseras med utgångspunkt från hur utfallet blir på var och en av dessa fem aspekter i termer av mer eller mindre, inte antingen eller. De fem delskalornas inbördes relation blir därmed sammantaget deltagarens anknytningsstil. Resultatet för varje enskild delskala är också av intresse. (Håkansson & Tengström, 1996; Axfors, 2013).

Delskalan tillit mäter attityder till sig själv och till andra. Med denna delskala avses en trygg anknytningsstil som domineras av tryggt förhållande till sig själv och andra som möjliggör trygga, nära anknytningsrelationer.

Delskalan distans mäter i huvudsak attityder till andra. Med denna delskala avses en otrygg undvikande anknytningsstil som kännetecknas av ett undvikande av nära mellanmänskliga kontakter då de ger upphov till obehag istället för trygghet och lugn.

Delskalan sakorientering mäter i huvudsak attityder till andra. Med denna delskala avses en otrygg undvikande anknytningsstil som undviker mellanmänskliga relationer genom att fokusera på personliga prestationer.

Delskalan bifallsbehov mäter i huvudsak attityder till sig själv. Med denna delskala avses en otrygg ängslig anknytningsstil som kännetecknas av ett ängsligt behov av andras gillande.

Delskalan relationsfixering mäter i huvudsak attityder till sig själv. Med denna delskala avses en otrygg ängslig anknytningsstil som kännetecknas av ett ängsligt och överinvolverat sätt att närma sig andra. (Tengström & Håkansson, 1997).

Instrumentet utformades av Feeny, Noller och Hanrahan vid University of Queensland i Australien. Det är bearbetat och översatt av Anders Tengström, Alexander Håkansson och Bengt-Åke Armelius (1996) vid institutionen för tillämpad psykologi på Umeå universitet. Två utvärderingar av den svenska versionen av ASQ har visat såväl god reliabilitet som validitet, vilket sammantaget styrker testets goda psykometriska egenskaper (Håkansson & Tengström, 1997; Axfors, 2013). I den första utvärderingen sträckte sig intern konsistens inom delskalorna mätt med Chronbachs alpha mellan 0.73-0.84 (Håkansson & Tengström, 1997). I den andra utvärderingen visade intern konsistens mätt med Chronbachs alpha i fyra av delskalorna mellan 0.76-0.81 och ett lägre värde med 0.56 i delskalan sakorientering (Axfors, 2013). I denna studie visade intern konsistens inom delskalorna mätt med Chronbachs alpha följande; distans 0.839, sakorientering 0.664, tillit 0.795, bifallsbehov 0.829 och relationsfixering 0.797.

Deltagare och grupper inom studien

Under mätperioden var 67 par på ett första besök. Fem par uppfyllde inte inklusionskriterierna och två par valde att inte delta. Övriga 60 par valde att delta i undersökningen. Alla par bestod av en man och en kvinna. Fördelningen mellan mottagningarna var 39 par och 78 formulär från mottagningen A, samt 21 par och 42 formulär från mottagning B. Mottagningarna användes som jämförelsegrupper inom studien. Även grupperna män och kvinnor användes som jämförelsegrupper inom studien.

Medelålder var 39,1 år. Den yngsta deltagaren var 26 år och den äldsta var 74 år. Medelåldern för kvinnorna var 37,7 år och för männen 40,5 år. 49 av paren hade mellan ett och fyra barn som var under 18 år. Totalt uppgick antalet barn under 18 år till 99 stycken. Längden på parrelationen varierade mellan 2 till 54 år, med ett medelvärde på 12,1 år och en standardvariation på 8,9 år. 52 procent av deltagarna var gifta eller sambo i kärnfamilj, 33 procent var gifta eller sambo i bonusfamilj, 10 procent var separerade eller skilda och 5 procent var särbo.

Referensgrupper utanför studien

Den icke-kliniska gruppen i den första utvärderingen av ASQ bestod av 90 personer, varav 62 kvinnor och 27 män. Denna grupp fungerar som referensgrupp för medelvärden och standardavvikelser i instrumentet ASQ. Spridningen i ålder var 18-42 år, medelåldern 21,5 år (Håkansson & Tengström, 1997). Medelvärden och standardavvikelser visar vilka värden som är under och över referensgruppens värden (Håkansson och Tengström, 1996). I denna studie benämns det som referensintervall. Värden som skiljer sig från referensgruppens värde i en delskala bör ses som ett observandum (Håkansson & Tengström, 1996; Axfors, 2013).

I den kliniska jämförelsegruppen från familjerådgivningar i Dalarna (Wittkull, 2010) ingick 46 personer, 23 män och 23 kvinnor, vilket innebär 23 par. Det fanns inga uppgifter om deltagarnas ålder. Resultaten från studien var att 80 procent av deltagarna hade skattningar utanför referensintervall i minst en av de fem delskalor i ASQ. Fördelningen mellan kön visade att 19 av 23 kvinnor samt 18 av 23 män hade skattningar i minst en av delskalorna som var utanför referensintervallet. Som grupp hade männen högre skattningar i delskalan sakorientering än kvinnorna. Gruppen kvinnor hade högre skattningar än männen i delskalorna tillit, bifallsbehov och relationsfixering (Wittkull, 2010).

Dataanalys

I samband med att materialet preparerades för dataanalys visade det sig att formulären från en man och en kvinna, som inte tillhörde samma par, saknade svar på vardera två olika frågor. Bortfallet hanterades genom att personens medelvärde för berörd delskala räknades ut och ersatte bortfallet.

Det insamlade materialet bearbetades i statistikprogrammet IBM SPSS Statistics. Jämförelser av medelvärden och standardavvikelser gjordes med oberoende t-test. Jämförelser av frekvenser gjordes med Chi2 test. Vissa t-test och Chi2 test samt tabeller gjordes i kalkylprogrammet Excel.

Tolkning av anknytningsstil gjordes på gruppnivå. Begreppet anknytningsstil användes för att beskriva tendenser för olika beteende, förväntningar och attityder som är kopplade till olika anknytningsstilar.

Till att börja med kontrollerades om det fanns skillnader mellan studiens jämförelsegrupper. Det gjordes genom jämförelser av medelvärden och standardavvikelser av deltagarnas skattningar i varje delskala. Ytterligare jämförelser mellan grupperna gjordes

genom analyser av hur många deltagare som hade skattningar under, inom och över referensintervall i varje delskala.

Därefter undersöktes om det fanns skillnader i medelvärde och standardavvikelse för skattningar i varje delskala mellan den kliniska gruppen i studien och den icke kliniska referensgruppen i ASQ.

För att kunna jämföra om det fanns signifikanta skillnader mellan olika familjerådgivningsmottagningar användes frekvensanalyserna gällande skattningar under, inom och över referensintervall i delskalorna.

Nästa steg var att undersöka hur många deltagare i studien som hade skattningar utanför referensintervall och hur många delskalor det gällde. Resultatet användes för att jämföra grupperna inom studien. Därefter undersöktes hur många par som hade skattningar utanför referensintervall och hur många delskalor det gällde. Resultatet användes för jämförelser mellan studiens mottagningar. Slutligen jämfördes resultatet även med den kliniska referensgruppen.

Etik

Studien byggde på informerat samtycke och deltagandet i studien påverkade inte deltagarnas behandlingskontakt. Vid etiska övervägande är det viktigt att framhålla att familjerådgivning regleras av sträng sekretess. Det rör alla uppgifter som enskild lämnat i förtroende eller på annat sätt i samband med rådgivningen (SFS, 2009:400). Även uppgiften att någon vänt sig till familjerådgivning är sekretesskyddad (Riksdagens ombudsmän, 1999). Familjerådgivning har inte dokumentationsplikt och för inte journaler. Detta gäller även familjerådgivare som är legitimerade psykoterapeuter (SFS, 2009:400). För att uppfylla familjerådgivningens särskilda krav på att alla uppgifter som lämnas är konfidentiella användes mätinstrumentet på ett sådant sätt att det inte kunde kopplas till person. Det innebar att deltagarnas enskilda resultat var konfidentiella för såväl den familjerådgivare som samlade in formulären som för författarna av studien. När mätinstrumentet hade fyllts i och lämnats in fanns det inte möjlighet att avbryta deltagandet då det inte längre gick att identifiera vem som fyllt i vilket formulär. Eftersom ett samtycke till att delta i en studie borde vara möjligt att återta övervägdes detta ställningstagande, men kraven på att alla uppgifter skulle vara konfidentiella ansågs väga tyngre. Övervägandet gjordes även med hänsyn till att det inte framkommit andra faktorer som talat för ett annat ställningstagande. Det innebar även att det inte fanns möjlighet att erbjuda deltagarna resultatet av sina formulär.

Resultat

I detta kapitel presenteras studiens resultat vad gäller tendens till anknytningsstil hos deltagarna i studien. För att kunna särskilja grupperna som jämförs i resultatet har de olika benämningar. Benämningen på den kliniska gruppen i denna studie är undersökningsgruppen, som i sin tur består av mottagning A och mottagning B. Referensgruppen i ASQ benämns som den icke-kliniska gruppen och gruppen i studien från Dalarna (Wittkull, 2010) benämns som den kliniska gruppen.

Jämförelser mellan deltagare i undersökningsgruppen

Vid jämförelse mellan män och kvinnor gällande medelålder, relationslängd, civilstatus och antal par med barn under 18 år visades inga signifikanta skillnader. Vid samma jämförelse mellan mottagningarna fanns en signifikant skillnad av högre medelålder på mottagning A ($M=40.9$, $SD=12.6$) än på mottagning B ($M=35.9$, $SD=10.5$), $t(118)=3,150$, $p=0,002$.

Jämförelser mellan mottagningarna i studien

Inledningsvis jämfördes hur undersökningsgruppen besvarat ASQ genom att titta på de fem delskalornas medelvärde. Syftet var att se tendenser av anknytningsstil i undersökningsgruppen. I tabell 1 framgår att det var liknande medelvärden i fyra av de fem delskalorna på de två mottagningarna. När det gällde delskalan tillit, som mäter trygg anknytningsstil, var medelvärdet signifikant lägre på mottagning A än på mottagning B.

Jämförelser gjordes därefter mellan männens medelvärde i varje delskala på de två mottagningarna. Samma jämförelser gjordes också mellan kvinnorna. Det visade sig att det fanns en signifikant skillnad för männen i delskalan tillit på mottagning A ($M=3.9$, $SD=0.8$) i jämförelse med mottagning B ($M=4.5$, $SD=0.5$), $t(58)=-3.263$, $p=0.002$. Jämförelser mellan kvinnorna visade däremot ingen skillnad i delskalan tillit på mottagning A ($M=4.0$, $SD=0.9$) jämfört med mottagning B ($M=4.4$, $SD=0.7$), $t(58)=-1.919$, $p=0.60$.

Tabell 1. Medelvärde i varje delskala för mottagning A och mottagning B uppdelat på undersökningsgrupp, män och kvinnor. Jämförelse mellan mottagningarna.

Undersökningsgrupp (n=120)	Mottagning A (n=78)		Mottagning B (n=42)		t	p
	m	sd	m	sd		
Distans	3,6	0,8	3,5	0,8	1,029	ns
Sakorientering	2,6	0,8	2,4	0,7	1,536	ns
Tillit	3,9	0,8	4,4	0,6	-3,605	***
Bifallsbehov	3,4	1,0	3,2	1,1	1,044	ns
Relationsfixering	3,4	0,9	3,4	0,9	0,459	ns
Män (n=60)						
Distans	3,7	0,9	3,3	0,7	1,755	ns
Sakorientering	2,9	0,8	2,6	0,8	1,488	ns
Tillit	3,9	0,8	4,5	0,5	-3,263	**
Bifallsbehov	3,2	1,0	2,9	0,9	1,299	ns
Relationsfixering	3,3	0,9	3,3	0,8	0,234	ns
Kvinnor (n=60)						
Distans	3,6	0,8	3,7	0,9	-0,274	ns
Sakorientering	2,3	0,6	2,2	0,5	0,688	ns
Tillit	4,0	0,9	4,4	0,7	-1,919	ns
Bifallsbehov	3,6	1,0	3,5	1,2	0,265	ns
Relationsfixering	3,6	0,9	3,5	1,1	0,405	ns

m= medelvärde, sd= standardavvikelse, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, ns= ej signifikant

Eftersom tidigare forskning visat skillnader i anknytningsstil mellan män och kvinnor gjordes även jämförelse mellan svaren på ASQ i dessa grupper, vilket redovisas i tabell 2. Det visade sig finnas signifikanta skillnader i två delskalor. Männerna hade högre medelvärde än kvinnorna i en av delskalorna som mäter undvikande anknytning. Kvinnorna hade högre medelvärde än männen i en av delskalorna som mäter ängslig anknytning.

Tabell 2. Jämförelse av medelvärde och standardavvikelse i varje delskala för män och kvinnor i undersökningsgruppen.

	Män (n=60)		Kvinnor (n=60)		t	p
	m	sd	m	sd		
Distans	3,5	0,8	3,6	0,8	-0,635	ns
Sakorientering	2,8	0,8	2,3	0,6	3,616	***
Tillit	4,1	0,8	4,1	0,8	-0,016	ns
Bifallsbehov	3,1	1,0	3,5	1,1	-2,187	*
Relationsfixering	3,3	0,8	3,5	1,0	-1,369	ns

m=medelvärde, sd= standardavvikelse, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, ns= ej signifikant

För att ytterligare undersöka om svaren i ASQ skilde sig mellan de två mottagningarna i undersökningsgruppen gjordes analyser av hur svaren var fördelade under, inom och över

referensintervall. Fördelningen av svaren redovisas i tabell 4. Eftersom det verkade finnas en skillnad mellan mottagningarna gjordes Chi2 test för att se om skillnaderna var signifikanta. Det visade sig finnas signifikanta skillnader mellan mottagningarna i fyra av fem delskalor enligt följande; distans ($\chi^2=11.8$, $df=2$, $p=0.0027$), sakorientering ($\chi^2=16$, $df=2$, $p=0.003$), tillit ($\chi^2=7.36$, $df=2$, $p=0.0252$) och bifallsbehov ($\chi^2=8.38$, $df=2$, $p=0.0151$). Det innebar att mottagning A hade starkare tendenser än mottagning B i delskalorna som mäter undvikande anknytningsstil. I delskalan som mäter trygg anknytningsstil och i en av delskalorna som mäter ängslig anknytningsstil hade mottagning A svagare tendenser än mottagning B.

Jämförelse mellan undersökningsgruppen och en icke-klinisk grupp

Vid jämförelse av hur undersökningsgruppen och en icke-klinisk grupp besvarat ASQ framkom signifikanta skillnader i de två delskalor som mäter undvikande anknytningsstil. Det fanns också signifikant skillnad i delskalan som mäter trygg anknytning. Redovisning av jämförelserna finns i tabell 3. Resultatet visade att undersökningsgruppen hade större tendenser till otrygg undvikande anknytningsstil.

Tabell 3. Jämförelse av medelvärde och standardavvikelse i varje delskala för undersökningsgruppen och en icke-klinisk grupp.

	Undersökningsgrupp (n=120)		Icke-klinisk grupp (n=90)		t	p
	m	sd	m	sd		
Distans	3,6	0,8	3,3	0,9	2,548	*
Sakorientering	2,3	0,6	2,1	0,8	2,071	*
Tillit	4,1	0,8	4,4	0,8	-2,689	**
Bifallsbehov	3,5	1,1	3,5	0,9	0	ns
Relationsfixering	3,5	1,0	3,5	0,9	0	ns

m= medelvärde, sd= standardavvikelse, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, ns= ej signifikant

Jämförelse mellan undersökningsgruppen och en klinisk grupp

Undersökningsgruppen och den kliniska gruppen (Wittkull, 2010) hade liknande tendenser i hur de besvarat ASQ. Den kliniska gruppens medelvärde redovisas inom parentes. Både den kliniska gruppen och undersökningsgruppen hade högre medelvärden än den icke-kliniska gruppen i delskalorna distans (3,5) och sakorientering (2,8). Det framkom också att den kliniska gruppen, liksom undersökningsgruppen, hade lägre medelvärde än den icke-kliniska gruppen i delskalan tillit (4,3) och ungefär samma medelvärde i bifallsbehov (3,4)

och relationsfixering (3,5). Då det inte fanns uppgifter om standardavvikelser för den kliniska gruppen kunde ingen signifikansprövning av skillnaderna göras.

Ett annat sätt att undersöka om det fanns signifikanta skillnader mellan undersökningsgruppen och den kliniska gruppen var att göra frekvensanalyser av fördelningen av svaren i ASQ. Andelen personer som var under, inom eller över referensintervall i varje delskala visade vilka tendenser av anknytningsstil det fanns. Resultaten av analyserna redovisas i tabell 4.

I stort visade resultaten samma tendenser i båda grupperna. I alla delskalor var de flesta inom referensintervall. Det var generellt fler över än under referensintervall i de delskalor som mäter undvikande anknytningsstil. För de delskalor som mäter trygg och ängslig anknytningsstil var det generellt fler under än över referensintervall.

Tabell 4. Andel personer under, inom och över referensintervall i den kliniska gruppen, samt i undersökningsgruppen och dess jämförelsegrupper.

	Klinisk grupp	Undersöknings- grupp	Mottagning A	Mottagning B	Män	Kvinnor
Distans						
Under ref.intervall	9	9	9	10	8	10
Inom ref.intervall	72	65	63	69	68	62
Över ref.intervall	20	26	28	21	23	28
Sakorientering						
Under ref.intervall	0	3	3	5	2	5
Inom ref.intervall	56	61	62	69	57	72
Över ref.intervall	44	36	36	26	42	23
Tillit						
Under ref.intervall	17	23	31	10	20	27
Inom ref.intervall	67	67	64	71	75	58
Över ref.intervall	15	10	5	19	5	15
Bifallsbehov						
Under ref.intervall	26	28	23	36	32	23
Inom ref.intervall	54	53	58	45	52	55
Över ref.intervall	20	19	19	19	17	22
Relationsfixering						
Under ref.intervall	20	23	23	21	27	18
Inom ref.intervall	69	63	63	64	67	60
Över ref.intervall	11	14	14	14	7	22

Redovisas i procent, avrundat till heltal

Eftersom det fanns skillnader mellan undersökningsgruppens mottagningar gjordes inte bara jämförelse mellan den kliniska gruppen och hela undersökningsgruppen. Det gjordes även jämförelser mellan den kliniska gruppen och mottagning A och mottagning B, samt

mellan den kliniska gruppen och grupperna män och kvinnor. Resultaten visade att det fanns signifikanta skillnader mellan den kliniska gruppen och undersökningsgruppen i delskalorna distans ($\chi^2=14.34$, $df=2$, $p=0.001$), sakorientering ($\chi^2=14.69$, $df=2$, $p=0.006$), bifallsbehov ($\chi^2=8.67$, $df=2$, $p=0.013$) och relationsfixering ($\chi^2=8.00$, $df=2$, $p=0.018$). Skillnaderna var att undersökningsgruppen hade starkare tendenser än den kliniska gruppen i en av de två delskalorna som mäter undvikande anknytningsstil, men svagare tendenser i den andra. I de delskalor som mäter ängslig anknytningsstil hade undersökningsgruppen svagare tendenser än den kliniska gruppen.

Det fanns inte någon signifikant skillnad mellan den kliniska gruppen och gruppen män eller mellan den kliniska gruppen och gruppen kvinnor. Det fanns inte heller någon signifikant skillnad mellan den kliniska gruppen och mottagning B. Däremot var det en signifikant skillnad mellan den kliniska gruppen och mottagning A i delskalan distans ($\chi^2=6.55$, $df=2$, $p=0.0379$).

Jämförelse mellan mottagningarna i delskalan distans

Resultaten visade således att den kliniska gruppen och mottagning B var mer lika varandra och att mottagning A skilde sig från dessa i delskalan distans. Det innebar i sin tur att ytterligare en jämförelse genomfördes inom undersökningsgruppen mellan män och kvinnor på mottagningarna i delskalan distans. Det framkom att det fanns en signifikant skillnad med ett högre medelvärde för männen på mottagning A jämfört med männen på mottagning B i delskalan distans ($\chi^2=9.39$, $df=2$, $p=0.009$), men ingen signifikant skillnad vad gällde kvinnor ($\chi^2=1.65$, $df=2$, $p=0.438$).

Tendenser till trygg- och otrygg anknytningsstil på individnivå

För att undersöka vilka tendenser som fanns i undersökningsgruppen gällande trygg och otrygg anknytningsstil gjordes frekvensanalyser både av antalet personer utanför referensintervall och hur många delskalor det gällde. Eftersom det tidigare framkom skillnader mellan mottagning A och mottagning B gjordes först jämförelser mellan dessa grupper. Det visade sig att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan mottagningarna gällande andelen personer utanför referensintervallet i en delskala eller fler ($\chi^2=7.345$, $df=5$, $p=0.196$). Det fanns inte heller någon signifikant skillnad vid samma jämförelse mellan män och kvinnor ($\chi^2=3.736$, $df=5$, $p=0.588$). Andelen personer utanför referensintervall i undersökningsgruppen redovisas i tabell 5. Där framgick att 85 % av deltagarna i

undersökningsgruppen var utanför referensintervallet i en eller flera delskalor. Det kan noteras att i den kliniska gruppen hade 80 % besvarat ASQ på samma sätt.

Tabell 5. Andel personer i undersökningsgruppen (n=120) utanför referensintervall fördelat på antal delskalor (0-5).

Antal delskalor	Personer (n)	Personer (%)
0	18	15,0
1	31	25,8
2	37	30,8
3	18	15,0
4	14	11,7
5	2	1,7
Total	120	100,0

Tendenser till trygg- och otrygg anknytningsstil på parnivå

Eftersom den ena partnerns anknytningsstil kan påverka den andre var det även av intresse att undersöka hur tendenserna av trygg- och otrygg anknytningsstil såg ut på parnivå. Frekvensanalyser gjordes för att undersöka andelen par där en eller båda i paret förekom utanför referensintervall i en delskala eller fler. För varje delskala som någon i paret befinner sig utanför referensintervall ökar sårbarheten för otrygg anknytningsstil. I tabell 6 framgår frekvensen av par där en eller båda i paret var utanför referensintervall och hur många delskalor det gällde.

Tabell 6. Andel par i undersökningsgruppen (n=60) där en eller båda är utanför referensintervall fördelat på antal delskalor (0-5).

Antal delskalor	Par (n)	Par (%)
0	3	5,0
1	7	11,7
2	11	18,3
3	15	25,0
4	16	26,7
5	8	13,3
Total	60	100

I nästa steg undersöktes om det fanns skillnader inom undersökningsgruppen.

Inledningsvis gjordes jämförelser mellan mottagning A och mottagning B. Det fanns inte

någon signifikant skillnad mellan mottagningarna av andelen par där en i paret var utanför referensintervall i minst en delskala ($\chi^2=3,126$, $df=5$, $p=0,680$), en eller båda i paret förekom utanför referensintervall i minst en delskala ($\chi^2=6,367$, $df=5$, $p=0,272$) eller där båda i paret förekom utanför referensintervall i minst en delskala ($\chi^2=6,321$, $df=4$, $p=0,176$).

Eftersom det inte framkom några signifikanta skillnader mellan grupperna jämfördes resultatet från hela undersökningsgruppen med den kliniska gruppen. Resultatet redovisat i procent visade att i 22 procent av paren i undersökningsgruppen (13 par) var en av parterna utanför referensintervall i minst en delskala. Resultatet från den kliniska gruppen var 30 procent (7 par). I 95 procent av paren i undersökningsgruppen (57 par) var en eller båda utanför referensintervall i minst en delskala. I den kliniska gruppen var resultatet 96 procent (22 par). Andelen par i undersökningsgruppen där båda hade värden utanför referensintervall i minst en delskala var 73 procent (44 par). Resultatet från den kliniska gruppen var 65 procent (15 par).

Skillnaderna som framkom var signifikanta ($\chi^2= 49.12$, $df=2$, $p=0.000$). Resultatet visade således att undersökningsgruppen i jämförelse med den kliniska gruppen hade en mindre andel par där en i paret var utanför referensintervall i minst en delskala, lika stor andel där en eller båda var utanför referensintervall samt en större andel där båda var utanför referensintervall i minst en delskala.

Diskussion

Tendenser av anknytningsstil

En av studiens frågeställningar var om det finns en skillnad mellan anknytningsstil hos par som kommer till familjerådgivning och en icke-klinisk grupp. Studien visar att det finns en skillnad genom att fler av de som kommer till familjerådgivning har indikationer på otrygg anknytningsstil än de i den icke-kliniska gruppen. Resultatet är samstämmigt med en liknande studie på en familjerådgivning i Dalarna (Wittkull, 2010). Om vi tittar närmare på resultatet så finns inte bara likheter mellan dessa två studier i fördelningen mellan otrygg- och trygg anknytningsstil. Det visar sig att det också finns fler med indikation för otrygg undvikande anknytningsstil än med otrygg ängslig anknytningsstil i båda studierna. Denna studie visar dessutom ännu tydligare tendenser av undvikande anknytningsstil än studien från Dalarna (Wittkull, 2010).

Vad säger då detta resultat oss? Enligt anknytningsteorin är behovet att knyta an medfött och livslångt (Bowlby, 1977; Broberg et al., 2006). Trots att alla människor knyter an

så sker den känslomässiga kommunikation som förmedlar anknytningsbehov och som uppfattar anknytnings signaler till stor del på ett omedvetet plan. Den känslomässiga kommunikationen sker i stället bakom en kuliss av återkommande konflikter i parrelationen, som många gånger kanske handlar om praktisk vardagslogistik. Konflikterna sker dessutom ofta såväl verbalt som beteendemässigt på ett sätt som nästan är omöjligt att tolka som en längtan efter närhet och en önskan om att få svar på frågan "finns du där för mig". De med trygg anknytningsstil har bättre förutsättningar att klara den parallella känslomässiga kommunikationen som sker i parrelationens vardag. De har ökad förmåga att uppfatta partnerns svar på anknytnings signalerna och klarar bättre de tillfällen då de inte får svar (Mikulincer & Shaver, 2007). Utifrån anknytningsteorin skulle detta innebära att en stor del av de par som har trygg anknytningsstil klarar att hantera sina motgångar och svårigheter på egen hand. Detta kan förklara att en mindre andel i de kliniska grupperna har tendenser till trygg anknytningsstil i jämförelse med hur det ser ut i den icke-kliniska gruppen.

Om vi tittar på resultatet på parnivå så visar det sig att nästan alla par som deltog i studien har tendenser till otrygg anknytningsstil hos en eller båda i paret. Utifrån forskning (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2007) vet vi att det räcker med att en i paret har otrygg anknytningsstil för att sårbarheten för dysfunktionella relationsmönster ska öka. Resultatet innebär därmed att nästan alla par som besöker familjerådgivningen har ökad sårbarhet för att befinna sig i dysfunktionella relationsmönster. Det stämmer väl överens med anknytningsteorins antaganden om människans fungerande i nära relationer.

Skillnader i anknytningsstil i de kliniska grupperna

Den andra av studiens frågeställningar var om det fanns en skillnad i tendenser av anknytningsstil hos par som kommer till olika familjerådgivningsmottagningar. Vi kan konstatera att det finns en likhet i de kliniska grupperna genom att fler visar tendenser till otrygg anknytningsstil än de i en icke-kliniska grupp. Tittar vi däremot på hur starka tendenserna är så finns det en skillnad. En av mottagningar i denna studie visar större tendenser till otrygg anknytningsstil än de andra mottagningarna. Vad är då annorlunda på den mottagning som skiljer sig? Resultatet visar att männen på den avvikande mottagningen hade högre medelålder än den andra mottagningen i Skåne. Männen på den avvikande mottagningen har även större tendenser till undvikande anknytningsstil än männen på mottagningarna i Dalarna. Från ett anknytningsteoretiskt perspektiv är det svårt att förklara denna skillnad. Resultaten kan bero på slumpen eller på andra faktorer som vi inte har

undersökt. En förklarande faktor skulle kunna vara att det görs olika bedömningar på mottagningarna för vilka par som ska hänvisas vidare, exempelvis vid förekomst av våld och pågående missbruk. En konsekvens av detta skulle kunna vara att det finns en skillnad mellan mottagningarna för vilka par som erbjuds tid och vilka som inte gör det. Skillnaden mellan mottagningarna skulle även kunna bero på faktorer utanför mottagningen, exempelvis olika tillgång till andra stödinsatser i samhället eller olika socioekonomisk belastning i mottagningarnas upptagningsområde.

När vi tittar på studiens resultat av anknytningsstil hos kvinnor och män visar det sig att ungefär lika många kvinnor som män tenderar att ha en otrygg anknytningsstil. Resultatet är samstämmigt med anknytningsteorin som i grunden inte gör någon skillnad på könstillhörighet (Broberg, 1996; Broberg, 2006).

Inom de otrygga anknytningsstilarna visar männen i studien tydligare tendenser till undvikande anknytningsstil än kvinnorna. Resultatet visar samma tendenser som studien i Dalarna (Wittkull, 2010). Det stämmer även överens med tidigare forskningsresultat (Schmitt, 2003) som visar att i västerländsk kultur tenderar fler män än kvinnor ha undvikande anknytningsstil.

Andra perspektiv än anknytningsteori

Som det tidigare nämnts finns det andra perspektiv och faktorer än anknytning som har betydelse för vilka behov par har av familjerådgivning. De sociodemografiska uppgifterna möjliggör ett annat perspektiv. Uppgifterna visar att undersökningsgruppen inte är en homogen grupp. Den innehåller snarare en stor variation av befolkningen, såväl vad gäller ålder, livscykelstadium som familjesituation. Det innebär att paren har olika förutsättningar i tillvaron. Det påverkar bland annat vilka behov paren har i samtalen, såväl konkret och praktiskt som innehållsmässigt.

De sociodemografiska uppgifterna visar också att det finns likheter i undersökningsgruppens behov. Den allra största delen bor tillsammans. Uppgifterna överensstämmer med den statistik (Socialstyrelsen, 2017) som visar att de flesta par vill reparera sin relation. Resultatet visar också att de flesta par lever i en familjesituation med barn under 18 år. Vi vet att barn påverkas negativt av föräldrars konflikter (Lee, Ng, Cheung, & Yung, 2010), oavsett hur de yttrar sig och oavsett om föräldrarna är sammanboende eller separerade. Det innebär att det också finns en stor grupp barn med indirekt behov av familjerådgivning.

Framtida forskning

Såväl denna som en tidigare studie (Wittkull, 2010) visar att det finns skillnader i anknytningsstil mellan par som kommer till familjerådgivning och en icke-klinisk grupp. Båda studierna är dock mindre i sin omfattning. Det innebär att de statistiskt signifikanta skillnader som uppmätts inte behöver visa någon klinisk signifikans, men kan göra det. För att undersöka om resultaten är generaliserbara vore det bra om ytterligare studier genomförs och även att andra mätinstrument används.

Studien väcker frågor om det kan finnas fler skillnader och likheter mellan par på olika familjerådgivningar, samt vad som kan förklara det i så fall. Detta kräver forskning som innefattar andra perspektiv än anknytning. Slutligen vill vi framhålla vikten av ett barnperspektiv i framtida forskning, eftersom så många barn är indirekt berörda av familjerådgivning.

Metoddiskussion

Denna studie har en storlek på undersökningsgruppen som i förhållande till studiens omfattning bedöms tillfredsställande. Det externa och interna bortfallet är tämligen lågt, vilket ökar tillförligheten för studiens resultat. Även om studiens omfattning är begränsad i sig, så visar den samma resultat som en tidigare studie, vilket ökar sannolikheten för att det kan se ungefär likadant ut på andra mottagningar. Det faktum att studiernas resultat har stöd av anknytningsteorin ökar också sannolikheten för resultatets generaliserbarhet.

Studien har i så stor utsträckning som möjligt försökt efterlikna den studie som gjordes i Dalarna (Wittkull, 2010) för att öka studiens tillförlitlighet. Det finns dock vissa konkreta skillnader mellan studierna. Denna studie har ett mindre upptagningsområde, omfattar fler par, berör färre familjerådgivare och har längre mätperiod än den andra studien. Dessa skillnader har troligen inte någon direkt betydelse för resultatet, utan handlar snarare mer om en anpassning till olika förutsättningar att få en tillräckligt stor andel deltagare på ett tillräckligt oidentifierat sätt. En annan skillnad är att denna studie även innefattar ett instrument med sociodemografiska uppgifter. Denna skillnad kan däremot mer sannolikt ha en betydelse. Kanske inte så mycket för resultatets giltighet vad gäller tendenser i anknytningsstil, däremot för betydelsen av resultatets tillförlitlighet. De sociodemografiska uppgifterna möjliggjorde även analyser från andra perspektiv än anknytningsteori.

Vi bedömde att det var viktigt att använda samma mätinstrument som tidigare studie använt, för att möjliggöra så tillförlitliga jämförelser som möjligt. Det fanns även tillräckligt

hög intern konsistens som gav stöd att använda ASQ. Eftersom denna studie tolkar resultaten på par- och gruppnivå kan valet av mätinstrument innebära begränsningar då ASQ är tänkt att användas för att få fram en anknytningsprofil på individnivå. Det är fullt möjligt att det finns andra instrument som mäter anknytningsstil mer anpassade för mätning på par eller gruppnivå. Valet av instrument kan med anledning av detta ha en betydelse för resultatets giltighet.

Den icke-kliniska referensgruppen i ASQ har lägre medelålder, mindre åldersspridning, samt färre andel män än kvinnor, i jämförelse med denna studie. Dessa skillnader kan påverka resultatet. Ser vi det ur ett anknytningsperspektiv, som inte tar hänsyn till ålder och kön när det gäller trygg- och otrygg anknytningsstil, borde det dock inte ha allt för stor betydelse. Det kan däremot med större sannolikhet ha betydelse för fördelningen inom de otrygga anknytningsstilarna.

Studien genomförs på par som kommer till familjerådgivning för att det finns relationella problem och mättillfället sker i vad som kan vara en anspänd situation. Det kan därmed antas att parens anknytningssystem tenderar att vara aktiverade då de fyller i formuläret. Det innebär inte att anknytningsstilen förändras, snarare att den blir tydligare. Det faktum att paren sitter i samma rum när de fyller i formulären kan förstärka den känslomässiga anspänningen, men det kan också ha en motsatt effekt. Det går inte att utesluta att dessa faktorer kan ha betydelse för hur paren besvarat formulären och i förlängningen resultaten i jämförelse med den icke-kliniska gruppen i ASQ.

Slutsats

Vi har gått igenom studiens resultat och analyserat resultatet utifrån såväl ett anknytningsteoretiskt perspektiv som utifrån sociodemografiska faktorer. Vi har även belyst de begränsningar med studien som vi uppmärksammat och som vi behöver ta hänsyn till när vi drar våra slutsatser. Det innebär att studiens resultat behöver ses med en ödmjukhet inför att det skulle kunna se annorlunda ut om studien genomförts på ett annat sätt.

Våra slutsatser, sett ur ett anknytningsperspektiv, är att par som kommer till familjerådgivning också är i behov av denna insats. Med andra ord är familjerådgivning en samhällsinsats som når den målgrupp den riktar sig till. Par som kommer till familjerådgivning är mer lika än olika varandra vad gäller anknytningsstil, oavsett vilken mottagning de kommer till.

Om det nu är så att många av de par som söker familjerådgivning har tendenser till otrygg anknytningsstil, är det angeläget att fördjupa kunskapen om hur denna målgrupp kan få hjälp till bättre fungerande parrelationer. Anknytningsteorin säger förvisso att fungerandet i parrelationen påverkas av tidigare anknytningserfarenheter hos båda i paret, men att parrelationen inte är predestinerad av dessa (Johnson, 2012). Otrygg anknytningsstil kan förändras till en mer trygg anknytningsstil genom utökad kunskap om den ömsesidiga känslomässiga kommunikation som sker i anknytningsrelationer genom hela livet. Detta förändringsarbetet kan göras med hjälp av familjerådgivning.

Det är angeläget att familjerådgivare har en användbar teori som vägleder arbetet så individanpassat och samhällseffektivt som möjligt. Resultatet i studien visar att anknytningsteorin är en teori som kan erbjuda familjerådgivare det. Familjerådgivare behöver ha kunskap om anknytningsteori generellt, men också utifrån den vuxna parrelationen specifikt. Familjerådgivare behöver också kunna omsätta kunskapen om anknytningsteori genom att ha tillgång till anknytningsbaserade behandlingsmetoder med evidens. Familjerådgivare behöver dessutom ha kunskap om hur olika anknytningsstilar kan påverka terapin och vad som krävs för att skapa allians med båda i paret. Kunskap om detta är viktigt eftersom allians är en central prediktor för ett bra behandlingsresultat och eftersom tidigare studier visat att otrygg anknytningsstil hos paret upplevs försvåra alliansskapandet.

Utifrån andra perspektiv, såsom livscykelperspektiv och barnperspektiv, behöver det även finnas god kunskap om samhället och de olika arenor som paren rör sig i från unga år till ålderdom. Det är även viktigt med kunskap om barns utveckling och behov. Parterapeutiskt arbete, såväl vid reparation som vid separation, är ur ett barnperspektiv ett viktigt förebyggande arbete för barns mående och fungerande. Tidigare forskning har visat att familjerådgivning är en effektiv behandlingsinsats och bör därför framhållas i den planering för samhälleliga insatser som görs för att säkerställa god hälsa och utveckling för barn.

Referenser

- Axfors, C. (2013). Attachment Style Questionnaire (ASQ). En fortsatt utvärdering av den svenska versionen (Läkarexamensarbete), Uppsala universitet, Medicinska fakulteten.
- Banasek, R. (2004). Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(2), 273-282.
- Barnhill, L. & Longo, D. (1978). Fixation and regression in the family life cycle. *Family Process*, 17, 469-478.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Berger, I. & Elliot, G. (2012). Allians med en relation. Vilken betydelse har anknytningsstil för alliansskapande i familjerådgivning? (Psykoterapeutexamensarbetet), Lunds Universitet, Institutionen för psykologi.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *The British Journal of Psychiatry*, 130(5), 421-431.
- Broberg, A. (1996). Anknytning – nytt sätt att beskriva känslomässig utveckling. *Psykologtidningen*, 14, 4-9.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2008). Anknytning i praktiken: tillämpningar av anknytningsteorin. Stockholm: Natur och Kultur.
- Föreningen Sveriges kommunala familjerådgivare. (u.å.). Policydokument om kommunal familjerådgivning. Hämtat 23 mars 2017 från Föreningen Sveriges kommunala familjerådgivare:
<http://www.kfr.nu/wp-content/uploads/2016/11/KFR-policydokument-17-03-21.pdf>
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hazan, C. & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (ss. 336-355). New York: Guilford Press.
- Håkansson, A. & Tengström, A. (1996). *Attachment Style Questionnaire. Översättning till svenska samt inledande utprovning* (Psykologexamensarbete), Umeå universitet, Institutionen för psykologi.
- Håkansson, A. & Tengström, A. (u.å.). *ASQ, Attachment Style Questionnaire. Manual till den*

svenska versionen 1997. Hämtat 15 mars 2017 från Institutet för Klinisk Psykologi i Umeå:

http://ikp.armelius.com/?page_id=105

- Johnson, S. M. (2002). Emotionally focused couple therapy with trauma survivors. Strengthening attachment bonds. New York: The Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2004). The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection (2. Rev. uppl.). New York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. (2012). Håll om mig. Sju livsavgörande samtal om kärlek. Brottby: OrdGlob Förlag.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135–152.
- Johnson, S. M. & Whiffen, V. E. (2003). Attachment processes in couple and family therapy. New York: Guilford Press.
- Kirschner, D. A. & Kirschner, S. (1986). Comprehensive family therapy. New York: Brunner-Mazel.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M. & Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 245–257.
- Lee, W. Y., Ng, M. L., Cheung, B. K. L. & Yung, J. W. (2010). Capturing children's response to parental conflict and making use of it. *Family Process*, 49(1), 43-58.
- Lundblad, A. M. (2005). Kärlek och Hälsa, Par-behandling i ett folkhälsoerspektiv (Doktorsavhandling), Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Lundblad, A. M. & Hansson, K. (2005). Outcomes in couple therapy: Reduced psychiatric symptoms and improved sense of coherence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 374-380.
- McGoldrick, M., Carter, B. & Garcia-Preto, N. (2014). The expanded family life cycle. Individual, family, social perspectives (4. uppl.). Boston: Pearson Allyn & Bacon.
- Mikulincer, M. & Shaver, R. P. (2007). Attachment in adulthood. Structure, dynamics and change. New York: The Guilford Press.
- Millwood, M. & Waltz, J. (2008). Demand –withdraw communication in couples: An attachment perspective. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 7(4), 297-320.
- Riksdagens ombudsmän. (1999). Justitieombudsmännens ämbetsberättelse. (Redogörelse 1999/2000: JO1). Hämtat 17 november 2017 från Riksdagens ombudsmän: <http://www.jo.se/Global/%c3%84mbetsber%c3%a4ttelser/1999-00.pdf>

- Schjodt, B. & Egeland, T. A. (1994). *Från systemteori till familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Schmitt, D. P. (2003). Are men universally more dismissing than women? Gender differences in romantic attachment across 62 cultural regions. *Personal Relationships*, 10, 307-331.
- SFS 2009:400. Offentlighets- och sekretesslag. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen (2017). Statistik om kommunal familjerådgivning 2016. Hämtat 17 november 2017 från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-28>
- SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt ledningsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Van Ijzendoorn, M. H. & Sagi, A. (1999). Cross cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. J. Cassidy & P. Shaver (Red.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (ss. 713-734). New York: Guilford Press.
- Wittkull, S. (2010). *Du måste ha kärlek till varje pris. Om anknytningsstil hos par som besöker familjerådgivningen* (Pyskoterapeutexamensarbete), Umeå universitet, Institutionen för psykologi.

Hej!

Detta är en förfrågan om Ditt deltagande i en forskningsstudie.

Vi heter Sara Göransson och Mia Nilsson och arbetar på den kommunala familjerådgivningen i xxxxx och xxxxx. Vi läser en treårig psykoterapeutbildning på Lunds Universitet. Som avslutning på utbildningen ska vi skriva ett examensarbete som redovisas våren 2018.

Vi ska skriva om hur personer som söker familjerådgivning ser på sig själva och sina nära relationer. Syftet med vår studie är bland annat att undersöka vilka behov som finns hos personer som söker familjerådgivning i xxxxx och xxxxx. Vi vill även se om vi får liknande resultat som en tidigare studie som gjordes på familjerådgivningar i Dalarna år 2010.

Alla som under en period år 2017 kommer på ett första besök på våra mottagningar i xxxxx och xxxxx kommer att tillfrågas om de vill delta i studien. Deltagandet sker genom att fylla i ett frågeformulär. Uppgifter som Du lämnar är anonyma och din identitet kommer att förbli okänd. Vi som sammanställer resultaten kommer inte känna till Din identitet och den familjerådgivare Du träffar kommer inte veta hur Du besvarat frågorna. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Det är vi som genomför studien som är ansvariga för insamlat material. Formulären kommer att sammanställas och resultaten redovisas på gruppnivå.

Deltagandet är frivilligt. Väljer Du att avstå kommer det inte påverka Din fortsatta kontakt med familjerådgivningen. Genom din medverkan kommer Du att bidra med viktig kunskap som kan hjälpa oss att utveckla och förbättra vårt arbete.

Så här gör du:

Du fyller i medgivande och frågeformulär, lägger det i medföljande kuvert, klistrar igen kuvertet och lämnar det till den familjerådgivare du träffar.

Om du är intresserad av att veta mer om projektet eller av att ta del av den färdiga studien finns kontaktinformation nederst på denna sida. Riv gärna av detta försättsblad med kontaktinformation och spara.

Tack för din medverkan!

Med vänliga hälsningar

Sara Göransson
Familjerådgivningen xxxxx
Tel: xxx
sara.goransson@xxxxx.se

Mia Nilsson
Familjerådgivningen xxxxx
Tel: xxx
mia.nilsson@xxxxx.se

Undersökningen görs inom ramen för Psykoterapeutprogrammet, Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.

Medgivande till deltagande i studien

Ditt deltagande är värdefullt. Dina svar kommer att behandlas anonymt och allt deltagande är frivilligt. För att du ska kunna delta behövs ditt medgivande.

Jag har fått information om studiens syfte och genomförande, hur informationen samlas in, hanteras och redovisas, samt getts möjlighet att ställa frågor. Jag har även fått information om att mitt deltagande är frivilligt. Väljer jag att inte delta kommer det inte att påverka min fortsatta kontakt med familjerådgivningen.

Jag samtycker härmed till att delta i studien, dels genom att skriftligt besvara ett frågeformulär om hur jag ser på mig själv och mina nära relationer och dels genom att låta frågeformuläret användas i studien.

NÅGRA FRÅGOR OM DIG.

Sätt ett kryss för det alternativ som stämmer bäst på Dig.

Könsidentitet kvinna
 man
 annat

Ålder Jag är _____ år

Civilstånd gift/sambo
 gift/sambo (stuvfamilj)
 särbo
 separerade/skilda
 annat

Längd på nuvarande eller avslutad parrelation: _____ år

Föräldraskap jag har inga egna barn
 jag har barn med partnern/före detta partnern som jag är här med. Ange ålder på barnet/barnen:
 jag har barn från en annan relation.
Ange ålder på barnet/barnen:
 min partner/före detta partner har barn från en annan relation. Ange ålder på barnet/barnen:

